

# DR. SIMONE BRACHT-WITTLER

FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Ernst-Ludwigstraße 30 – 68623 Lampertheim

☎ 06206 3300 | 🏠 06206 911 256 | 🌐 www.bracht-wittler.de

## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

## Medizinische Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt / sonstige behandelnde Ärzte (Name / Fachrichtung, falls bekannt)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. erläutern

Schmerzen  
wo & mit welcher Schmerzintensität?  
1 = sehr geringer Schmerz  
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz



Übelkeit/Erbrechen  
 Fieber

Andere akute Beschwerden

Andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte

Ich habe zurzeit keine Beschwerden.  
Ich wünsche nur:  
 Vorsorge  Kontrolle  Beratung

## Operationen / Unfälle

Herz  
 Gefäße  
 Wirbelsäule (bitte erläutern)  
 Bauch (bitte erläutern)

Bewegungsapparat  
 Künstliche Gelenke Andere  
 Sonstiges

## Weitere Angaben

Arm-/Beinprothese  
 Stoma  
 Herzschrittmacher

Port  
 Zahnprothese  
 Hörhilfe

Brille/Kontaktlinsen  
 Shunt, wo?  
 Sonstige Informationen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# DR. SIMONE BRACHT-WITTLER

FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Ernst-Ludwigstraße 30 – 68623 Lampertheim

☎ 06206 3300 | 🏠 06206 911 256 | 🌐 www.bracht-wittler.de

## Medikamente

Medikamentenplan vorhanden? (bitte legen Sie uns diesen vor)

Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten) \_\_\_\_\_

---

---

---

## Chronische Erkrankungen

### Lungenerkrankung

- Asthma
- COPD
- Lungenkrebs
- Andere

---

### Hauterkrankung

- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Andere

---

### Infektionskrankheiten

- HIV
- Andere

---

### Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Angeb. Herzfehler
- Herzkranzgefäßerkrankung
- Andere

---

### Neurologische Erkrankung

- Epilepsie
- MS
- Parkinson
- Demenz
- Depressionen
- Schizophrenie
- Andere

---

### Stoffwechselerkrankung

- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Gicht
- Andere

---

### Sonstige Erkrankungen

- Rheuma
- Chronische Hepatitis
- Medikamentenabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- Krebserkrankungen
- Leber-/Nierenerkrankungen
- Andere

---

## Weitere Beschwerden

- Blut im Urin
- Blut im Stuhl
- Häufige Infekte
- Rückenschmerzen
- Verstopfung/Durchfälle
- Probleme beim Wasserlassen/-halten
- Seelische/nervöse Beschwerden
- Andere

### Allergien

- Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente
- Lebensmittel
- Andere

---

Datum, Ort

Unterschrift